Centro per lo studio diagnosi e cura dei tumori

dell' Ospedale di S. Giovanni Battista e della Città di Torino

REFERENDUM

sul carcinoma del collo uterino

B. PESCAROLO - Preside del Centro

Disposizioni Consecutive dell'Autorità Prefettizia

TORINO
Stab. Tip. VILLARBOITO F. & FIGLI
Via della Basilica, 9

Centro per lo studio diagnosi e cura dei tumori
dell'Ospedale di S. Giovanni Battista e della Città di Torino

REFERENDUM
sul carcinoma del collo uterino

B. PESCAROLO - Preside del Centro

TORINO
Stab. Tip. VILLARBOITO F. & FIGLI
Via della Basilica, 9

Centro per lo studio diagnosi e cura dei tumori

dell'Ospedale di S. Giovanni Battista e della Città di Torino

Referendum sul carcinoma del collo uterino

B. PESCAROLO - Preside

Parve strano ad alcuno il nostro Referendum, quando già nei vecchi trattati di Ostetricia e ginecologia si legge che il cancro uterino è triste retaggio delle donne che hanno partorito, e dopo le pubblicazioni della D.ssa Lane-Claypon del Maggio e del Dicembre 1927, (1) fatte per incarico del Ministero dell'Igiene Inglese, sul cancro uterino, studiato da ogni punto di vista della statistica, sopra migliaia di casi, raccolti dalla letteratura di ogni paese, pubblicazioni, che sullo stato civile delle donne affette da carcinoma cervicale uterino conchiudono: non vi può essere dubbio che il c. c. uter. è essenzialmente una malattia delle donne coniugate e di quelle che hanno partorito.

Ma questa frase, che sintetizza una questione molto complessa, non presenta che una parte della verità; noi vedremo infatti, che per quanto sia vero, che la maggior parte delle donne malate di c. c. uter. ha avuto gravidanze con parti od aborti, pure il rapporto tra questa localizzazione del cancro ed il numero globale delle donne, che partoriscono, è così minimo, così esiguo, da potersi negare l'interdipendenza diretta dei due fatti.

Io ebbi la spinta al Referendum da quanto avevo visto nel 1928, nel nostro Centro tumori, riguardo al c. c. (2): rapporto del c. c. con parti ed aborti pregressi del 100 %, e l'80 % in istato di assoluta inoperabilità chirurgica e di molto relativa operabilità radiologica. Lasciando in disparte la 2ª questione dell'operabilità, che sarà oggetto speciale di una prossima nostra Riunione, mi attenni per il Ref. alla 1ª parte, importandomi di stabilire se quelle cifre erano il frutto di annate d'eccezione e quali fossero le condizioni di altri centri cittadini e rurali in tale capitolo del cancro.

Risposero al Referendum 10 Professori di Cliniche ostetrico-ginecologiche Universitarie di tutte le regioni d'Italia:

Prof. Aymerich di Perugia
» Alfieri » Milano
» Bertino » Padova
» Bolaffio » Modena
» Cova » Palermo
Prof. Decio di Parma
» Gaifami » Bari
» Spirito » Siena
» Vercesi » Sassari
» Vicarelli » Torino

2 Professori di Cliniche Chirurgiche:

Prof. Fasiani di Padova
Prof. Uffreduzzi di Torino.

2 Professori liberi docenti di Chirurgia e Chirurgni Primari d'Ospedale:

Prof. Sen. Giordano - Ospedale Civile di Venezia
» Tonarelli - » » » Casale Monferrato.

3 Radiologi:

Prof. Bertolotti - Prof. Incaricato Radiol. R. Università di Torino
» Lupo - Radiologo Ospedale S. Giuliano di Novara
Dott. Carando - Assistente Radiologo Centro Tumori di Torino.

10 Professori liberi docenti di Ostetricia e Ginecologia:

Prof. Bergesio - Direttore Ospedale Maria Vittoria di Torino
» Bacialli - » R. Scuola Ostetricia di Novara
» D'Erchia di Bari
» Enea di Napoli
» Ferrari - già Primario Ostetr.-ginec. Ospedale di Alessandria
» Levi - Primario Ostetr. Maria Vittoria di Torino
» Lessona - già Assistente Clinica Ostetrica di Torino
» Perazzi - Primario Ostetr.-ginec. Ospedale di Alessandria
» Santi - Direttore R. Scuola Ostetricia di Trieste
» Soli - » Maternità di Torino.

12 Medici, liberi professionisti di città e campagna:

Dott. Calissano di Poirino
» Cravero di Piscina
» Depetris di Susa
» Forno di Pianezza
» Gallo di Pralormo
» Ottolenghi Raff. di Torino
Dott. Prat di Oulx
» Rubiano di None
» Sereno di Rivoli
» Turba di Castagneto Po
» Turin D. di Luserna S. Giovanni
» Turina di S. Secondo di Pinerolo.

In totale, si ebbero 39 risposte.

Debbo a tutti un sentito ringraziamento, ed in modo specialissimo ai Professori Gaifami di Bari, Bertino di Padova, Bolaffio di Modena, Spirito di Siena, etc., che diedero la loro collaborazione con manoscritti e bozze di somma importanza.

Il 1° quesito del Ref. era così formulato:

Ebbe Ella occasione di constatare il carcinoma cervicale uterino in donne vergini, in donne coniugate nullipare?

Videro casi di c. c. in donne sicuramente vergini, Bertino 3 volte su 304 casi, Bolaffio una volta, in ragazza di 19 anni, su 338 donne, Giordano 2 volte in 45 anni di pratica chirurgica, uno, in molti anni di pratica privata ed ospedaliera, il Soli, uno in ragazza di 21 anni, l'Ottolenghi, un caso, il Lupo sopra 68 casi, qualche caso imprecisato il Perazzi ed il Lessona. Ma non ne videro alcun caso il Bergesio su 514 casi di c. c. da lui visitati al Maria Vittoria in 27 anni di primariato dal 1887-1914. Non ne vide il Gaifami su 302 casi nelle Cliniche di Roma e di Bari, non il Decio di Parma su 100 casi, e nessuno degli altri Professori e specialisti di Ostetricia e ginecologia anziani, che tengono ambulatorii da decenni, come il Ferrari di Alessandria, l'Enea di Napoli, D'Erchia di Bari, Tonarelli di Casale.

Nel nostro materiale del 1929, costituito da 82 donne del Centro tumori, povere e disagiate, e 43 donne pensionanti, cioè 125 casi, di cancro uterino, di cui solo 2 del corpo, vi sono 3 ragazze, sedicenti vergini, ma solo una ad imene visibile ed intatto. Si può quindi dedurre, che il c. c. in donne sicuramente vergini è rarissimo, se non eccezionale; si puo trattare di donne giovanissime, come i casi di Bolaffio e di Ottolenghi, ad esito rapidamente letale, o di vergini attempate, come i casi di Giordano, dei quali uno in religiosa, come il nostro.

La diagnosi, nei primi tempi esige la biopsia, perchè anche ad occhio addestrato, processi infiammatorii od erosivi, certe forme papillomatose di natura tubercolare, come dice il Ferrari, possono simulare l'epitelioma del collo; ma, quando si seguono le malate, la diagnosi diventa certa clinicamente.

Quanto alle donne coniugate nullipare, la frequenza delle neoplasie maligne al collo uterino è notevole, pur essendo distante assai dal numero dei casi di donne, che hanno partorito una o più volte.

Mi limito a citare qualche cifra dalle statistiche più numerose:

Bergesio su 514 donne con c. c. ne vide 22 nullipare
Bertino » 304 » » » » » 29 »
Gaifami » 102 » » » » a Roma ne vide 3, di cui 2 con aborti
» » 200 » » » » a Bari » » 10 nullipare
Bolaffio » 113 » » » » ne vide 7, di cui 1 con ripetuti aborti
Fasiani » 50 » » » » » » 4 nullipare.

Nella nostra casistica dobbiamo tenere separato il gruppo delle 82 nullatenenti dalle 43 agiate e ne vedremo la ragione.

Delle prime 82, 2 nubili erano affette da c. del corpo. Di 80 con c. c. 9 erano coniugate, nullipare, ma con 4 aborti sicuri e 2 probabili:

11 avevano partorito 1 volta
17 » » 2 volte
10 » » 3 »
8 » » 4 » etc.

fino ad una donna con 11 ed una con 12 gravidanze. In queste 71 malate che avevano partorito una o più volte, si notarono 21 aborti sicuri (spontanei?), 5 irregolarità sospette, e 6 parti con forcipe.

Delle 43 pensionanti, una, come si disse, era sicuramente vergine, 21 erano coniugate con prole, 21 coniugate senza bambini, delle quali 12 non erano sposate, e tutte 12 avevano subito pregressi ripetuti raschiamenti, che si può facilmente intuire, a quale scopo fossero rivolti.

Ricavando le percentuali delle nullipare dalle cifre sopraesposte, si va dall' 11,2 % del nostro gruppo delle nullatenenti, al 9,86 % del Bertino, al 5 % del Gaifami a Bari, al 4,28 % del Bergesio a Torino e fino all'1,7 % del Vercesi a Sassari.

Nel gruppo pensionanti, la percentuale sarebbe del 50 %; ma non credo servirmene per confronti, perchè il raggio di provenienza di queste malate è amplissimo, tocca diverse provincie, mentre che povere e disagiate in massima parte risiedono a Torino e provincia, e servendosi di piccole statistiche in tali argomenti, si cade facilmente in errori grossolani. Ad ogni modo sta il fatto che in tale gruppo il 50 % preciso era di coniugate nullipare ed il 25 % con raschiamenti accertati (per aborti procurati?).

Anche le percentuali delle grandi statistiche estere, variano dal 5-10 %, con maggior pendenza verso il 10 che verso il 5, in questo rapporto tra coniugate nullipare e donne che hanno partorito una o più volte (*).

Vediamo anche l'età di queste malate affette da c. c.; delle 80 malate, delle classi popolari, non abbienti, l'età va da 18 anni a 79:

12 erano sotto i 40 anni, di cui una di 28, una di 31, una di 32 anni

30 tra 40-49 anni — 17 tra 60-69 anni

19 » 50-59 » — 2 » 70-79 »

Da questo specchio risulta che se il decennio della menopausa tra i 40-49 anni contiene i tre ottavi dei casi, negli altri cinque ottavi il tumore si sviluppò molto prima ed anche molto dopo la menopausa, cioè quando le alterazioni endocriniche della menopausa, molto valutate da alcuni Autori, non erano ancora in atto od erano già superate.

Relativamente alla nostra casistica del '28, si nota un aumento delle forme giovanili, in età cioè inferiore ai 40 anni, il che fu pure notato dal Vicarelli, dal Gaifami, dal Bertino, dal Bacialli, dall' Enea, dall' Ottolenghi, accennando tutti all'estrema gravità di queste forme giovanili.

I fatti più importanti da notare, a conclusione di questo 1° capitolo del Ref. sono dunque: l'aborto specialmente in certe classi sociali prende nettamente posto accanto al parto nella storia anamnestica delle donne affette da carcinoma del collo uter.; ed il 90 % delle donne affette da c. c. ut. hanno avuto parti od aborti. La media dell'età di queste malate tende ad abbassarsi (**).

(*) Dalla prima pubblicazione della D.ssa Lane-Claypon: tra 4.087 donne malate di c. c. 294 non avevano partorito, cioè il 7,2 %; ma la media più abitualmente citata è del 10-12 %.

(**) Da una recente pubblicazione, « L'attività della Clinica ostetrico-ginecologica "L. Mangiagalli" della R. Università di Milano, nel biennio 1928-29 », scritta dal Prof. G. Alfieri, Direttore, risulta che nella Sezione ostetrica nel 1928 si ebbero 2.905 parti a termini o prematuri, e 667 aborti, e furono eseguiti 520 interventi operativi — nel 1929 i parti furono 3.413, gli aborti 810, gli interventi operativi ostetrici 694. Anche nelle monografie della D.ssa Lane-Claypon l'aborto è oggetto di particolari rilievi statistici, che ne dimostrano la frequenza in donne affette da c. c. uterino.

Il 2° quesito era così esposto:

Quale fu la frequenza approssimativa di tale malattia nella sua clientela e relativamente ad altre localizzazioni di tumori maligni nella donna?

Prima di riassumere le risposte pervenute su questo punto, voglio ricordare le parole scritte dall' Uffreduzzi (3) nel 1925 a proposito della diagnosi precoce del cancro dell'utero: un terzo di tutte le donne che muoiono di carcinoma, muore per una localizzazione uterina del tumore, e questa deve essere perciò considerata come una delle sedi più frequenti del cancro.

Dalla statistica del Caffaratti (4), dei casi di neoplasmi maligni curati nello Ospedale di San Giovanni in Torino dal 1911-1922, risulta che su 2419 donne ricoverate per tumori maligni in tale periodo di tempo, 567 erano affette da tumori dell'utero, vagina, ovaio, cioè il 23,43 %, e 568 per tumori della mammella, cioè il 23,47 %, percentuali identiche. Più differenziata è la statistica tumori maligni del Mauriziano, raccolta dal 1901-1925 per opera dei Dottori Bonanno e Vecchia (5) nel loro studio sulla diffusione del cancro in Piemonte: fra 100 neoplasmi maligni, che colpiscono la donna, la percentuale dei cancri dell'utero e vagina va dal 24 % al 31,8 % nel quinquennio 1921-1925, mentre che nello stesso periodo il carcinoma mammario progredì dal 20,67 % al 28,91 % (*) e quello dell'ovaio dal 4,65 % al 10 %.

Le percentuali dei carcinomi uterini di questi Ospedali sarebbero inferiori al terzo di tutti i tumori maligni della donna: ma se pensiamo che in Torino, oltre a molti ambulatori di ginecologia ed a cliniche private, vi è un ospedale specializzato per malattie ginecologiche, il Maria Vittoria, in cui il Bergesio, come dissi, raccolse in 27 anni 514 casi di carcinomi del collo uterino, e dice che rappresentano l' 80 % di tutti i tumori maligni femminili presentatisi al Maria Vittoria nello stesso tempo, dobbiamo dedurre che anche per Torino si raggiunge, se non si supera, il 33-34 %.

Il che si può dedurre anche dalla comunicazione fattaci l'anno scorso dal Prof. Abba (6) sul cancro in Torino. Nel triennio 1904-05-06 si ebbero in Torino 1104 casi di morte per tumori maligni, tra cui 245 tumori dell' utero, vagina, ovaio, il che corrisponderebbe al 22,19 %; nel triennio 1925-26-27, 1680 decessi per tumori maligni, tra cui 295 per utero, vagina, ovaio, il 17,55 %; ma in queste statistiche globali di uomini e donne, la quota più alta è data dai tumori del tubo digerente, comuni ai due sessi, perciò un erroneo e forte abbassamento della percentuale dei tumori uterini, relativamente agli altri tumori femminili. Dividendo tra uomini e donne la cifra globale, eliminando prima i tumori proprii dei genitali maschili e femminili, la quota dei tumori uterini ed ovarici, salirebbe oltre il 40 % delle donne morte in quelle epoche per tumori maligni. Nel lavoro pubblicato dal Prof. Niceforo (7) nel 1927, alla tabella XIII è riferita la mortalità delle donne per tumori maligni in Italia, triennio 1919-1921, secondo le diverse localizzazioni e sedi del tumore: su di 1 milione di donne si contano 757 decessi

(*) Nelle statistiche ospedaliere raramente si fa distinzione tra tumori m. del corpo e tum. m. del collo uterino; e nelle nostre statistiche demografiche delle cause di morte, sono elencati nella stessa rubrica i tum. dell'utero, vagina, ovaio, cioè degli organi genitali femminili, in gruppo.

per tumori maligni, dei quali 186 appartengono allo stomaco ed esofago (25 %), 147 all'utero (19 %), 62 alla mammella (8 %). Ma si deve notare che queste cifre del Niceforo comprendono anche l'Italia meridionale ed insulare, dove la mortalità per cancro in generale è molto minore che nel settentrione; di più le città, sedi di Cliniche chirurgiche universitarie, e di grandi Ospedali, sono soventi centri di attrazione per malati di tumori, specialmente se operabili od irradiabili, come in modo particolare è il carcinoma del collo uterino.

Ed ora veniamo al materiale raccolto dal Referendum. Anzitutto una prima osservazione: in tutte le statistiche forniteci dai Professori di Ostetricia e ginecologia si tien conto delle affezioni ginecologiche in generale e dei tumori genitali femminili, essendo tutte le altre localizzazioni neoplastiche di esclusiva competenza in questo momento della Chirurgia generale; quindi potremo solo occuparci dei rapporti tra i tumori maligni delle diverse regioni dei genitali femminili ed in modo particolare del rapporto dei tumori del collo uterino (portio e canal cervicale presi in blocco) colla massa globale delle affezioni ginecologiche. Seconda osservazione: anche lo studio di tali rapporti incontra grandissime difficoltà, specialmente riguardo ad una statistica comparativa tra le diversi sedi del carcinoma nei genitali femminili: perchè agli Istituti anticancerosi dotati di radium, è pacifico da qualche tempo, avviare tutte le donne affette da carcinoma del collo, mentre che tumori del corpo uterino, dell' ovaio, della mammella, si ricoverano nelle varie sezioni chirurgiche cliniche ed ospedaliere, delle grandi e delle piccole città, in modo che una statistica comparativa non si potrà fare che sulle cartelle di mortalità, raccolte dagli uffici d'igiene municipali e statali. E così si dica per giudicare dell' aumento o diminuzione di certe localizzazioni tumorali; i giudizii d'impressione, individuali, portano a risultati fallaci. Per esempio, a Novara, il Bacialli scrive di aver notato negli ultimi anni una vera rarefazione del c. c. nella sua Sezione Ostetrico-ginecologica dell'Ospedale maggiore, mentre che nell'Ospedale di S. Giuliano della stessa città, dove nella Sezione chirurgica del Viscontini è impiantato un servizio di radiumterapia diretto dal Lupo, allievo del Bertolotti, accorsero nel 1928-29 ben 79 casi di carcinomi uterini, 15 del corpo, 68 del collo, 1 del fornice vaginale. Nella sezione femminile del nostro Centro ebbimo, nel 1929, 80 malate di c. c. e solo 2 di cancro del corpo, 2 di tumore maligno dell'ovaio e 16 di carcinoma mammario recidivato.

Riassumendo le casuistiche inviate specie da alcuni Professori Universitarii, si può dire che il rapporto tra c. del corpo e c. c. del collo va dal 5-10 % eccetto che nella statistica del Lupo, che è del 22 % ed in quella del Prof. Bertino, raccolta dal 1912-1929 nelle Cliniche di Sassari, Siena, Parma, Padova, in cui per 190 casi di c. c. ve ne sono 114 del corpo, vale a dire con un rapporto di 60 a 100. Per spiegare questa eccezionale frequenza colla quale il Bertino, a differenza di tutte le altre casistiche, avrebbe constatato la localizzazione del cancro del corpo dell'utero, in confronto di quella del collo, (cito alla lettera) l'illustre Professore di Padova « fa rilevare che data la lenta evoluzione del cancro localizzato alla mucosa del corpo uterino, un maggior numero di pazienti che ne sono affette, arriva a noi in condizioni di operabilità, e quindi viene accolta nei nostri Istituti. Mentre perciò si può dire che per il cancro del corpo, il numero di 114 malate, rappresenti la quasi totalità delle donne presentanti questa localizzazione, la

cifra di 190 ammalate di cancro del collo, non rappresenta forse che la metà delle pazienti da me viste, che presentavano tale localizzazione, e ciò specialmente fino a quando, non disponendo di radio, ero costretto, mio malgrado, a rimandare le pazienti, non più in istato di operabilità. Un altro fattore si potrebbe ancora invocare per spiegare un reale aumento della frequenza del cancro del corpo dell'utero, e cioè l'essere cresciuta la durata media della vita umana in questi ultimi decennii, ciò che porterebbe per conseguenza che un maggior numero di donne raggiunge e sorpassa l'età critica, la quale, com'è noto, costituisce una condizione favorevole, per la comparsa dei tumori maligni dell'utero, ed in modo speciale per lo sviluppo del cancro del corpo ». Anche in rapporto a statistiche straniere, la casistica del Prof. Bertino è eccezionale. Dalla 2ª pubblicaz. della Lane-Claypon: la percent. del c. corpo relativa al c. c. secondo i diversi autori varia dal 5 % al 16 %. Quanto alla proporzione dei tumori ovarici relativamente a quelli uterini, dal 12 % del Bertino, va al 16-30 % in certe annate del Mauriziano, mentre che l'Alfieri calcola i tumori maligni dell'ovaio all'1,5 %, di tutte le forme ginecologiche, (Prof. E. Alfieri: « Per la lotta contro il cancro delle ovaie: Annali Ost. e Gin. n. 1 - 1929 »), e quelli dell'utero al 3 %, il che significherebbe che i tumori maligni dell'ovaio sono la metà di quelli uterini. Le rilevanti differenze da un sito all'altro in fatto di casistica, ripeto, sono dovute a particolari condizioni locali dell'ambiente medico professionale e non possono avere alcun valore per la statistica. Anche per il Ferrari, che diresse per 30 anni il reparto Ostetrico-ginecologico nell'Ospedale di Alessandria la cifra dei casi di c. c. oscilla attorno al 3 % del materiale ginecologico, essendo il 2° posto occupato dai tumori maligni dell'ovaio, e così per il Perazzi, che succedette al Ferrari. Da una lettera inedita del Prof. Niceforo, l'illustre Professore di statistica dell'Università di Napoli, rilevo che negli S. U. d'America, su 399 casi di tumori maligni dei genitali femm. 354 (88,7 %) sono dell'utero corpo e collo, 32 (8,02 %) dell'ovaio, 13 (3,26 %) della vulva e vagina; cifre abbastanza vicine sarebbero state recentissimamente pubblicate da Hoffman per S. Francisco: su 10.000 donne di ogni età e stato civile ne morirono 3 per t. m. dell'utero, 0,48 per t. m. delle ovaie, 0,11 per t. m. della vulva e vagina, il che corrisponde per 100 t. m. dei genit. femm. a 80,4 (utero), 16 % (ovaie), 3,6 % (vulva-vagina).

Molta maggior attendibilità ed importanza pratica al nostro fine, hanno le cifre del c. c. in rapporto alla morbilità ginecologica. Parecchi autori risposero con giudizi d'impressione, certamente non privi di valore, ma devo dare il 1° posto alle comunicazioni documentate da numeri; le conclusioni dell'Aymerich di Perugia, poggiano su 650 casi, quelle dell'Alfieri di Milano su 2.047 (*) del Bertino su 6.556, raccolti dal 1912-1929. Riassumendo tutti i dati pervenutimi, dirò che in rapporto alla morbilità ginecologica la frequenza del c. c. va dal 15,2 % (**)

(*) Questa è la cifra delle ricoverate per affezione ginecol. nella Clinica Mangiagalli, diretta dal Prof. Alfieri, e nella sua Sez. Oncoterapica dell'Istituto per lo studio del cancro, in 13 mesi dal 16 ott. 27 al 30 nov. 1928 (lav. cit.: Lotta contro il cancro delle ovaie).

(**) Questa cifra del 15,2 % comprende il c. del corpo e quello della reg. cerv.; su 4.156 donne curate dal 1921-1926 per affez. ginecol. nella Clin. di Roma si ebbero 28 casi di c. del corpo, cioè 0,67 % e 602 di c. c. il 14,48 % (Bolaffio [13]).

di Roma, dal 7,8 % di Palermo, al 6,3 % di Perugia, al 4,5 % di Cagliari, al 3 % di Milano e di Alessandria, al 2-3 % di Sassari e Siena.

Astraendo dalle cifre estreme, cioè dal 14,48 % di Roma, in cui la grande fama incontrastata dell' Istituto Ostetrico-ginecologico universitario per una larghissima zona dell' Italia Centrale e Meridionale costituisce una grande attrazione per malate di forme uterine, e dal 2,2 % di Sassari dove la scarsità del c. c. si collega alla rarità del cancro in generale nella Sardegna, si può dire che nel continente il rapporto fra c. c. e massa globale delle malattie ginecologiche va dal 5-6 %. Per la Lombardia ed il Piemonte, tale media si abbassa al 3 % negli Istituti ginecologici dei grandi Ospedali; il che per il Vicarelli di Torino è conseguenza della più diffusa pratica del raschiamento uterino in casi di aborto, da noi che non altrove, come dimostrerebbe pure l' estrema rarità, del deciduoma maligno da noi, relativamente ad altre regioni; ma interviene probabilmente anche un altro fattore a spiegare tale riduzione: si è che in Piemonte e Lombardia sorsero grandi istituti di radiumterapia autonomi, verso i quali sono dirette in grande numero le malate di c. c. Ad ogni modo la media stabilita del 5-6 % di tutte le affezioni ginecologiche è certamente molto vicina al vero; e questa cifra concorda, a distanza di 25 anni, con quanto scriveva il Martin in principio del secolo per la Germania, in cui tale rapporto era calcolato il 6 % e con quanto in Italia scriveva il Merletti, citato dal Pestalozza nel 1908 nella sua relazione, sulla Lotta contro il c. dell'utero, al 14° Congr. Ital. di Ostetricia, il quale Merletti riteneva utile fosse portato a conoscenza del pubblico, che circa il 5 % delle donne, che si presentano in Italia agli ambulatorii ginecologici sono delle cancerose (*). È quindi una ben piccola percentuale delle malattie ginecologiche che è destinata fatalmente al cancro uterino, e questa percentuale è, si può dire, fissa da molto tempo. La rarità e la fissità di tale percentuale merita qualche considerazione; deve far supporre che solo un piccolo numero di lesioni ginecologiche sono veramente precancerose, « per quanto possa essere ricca, la casistica di osservazioni positive nel campo, che si riferisce alla predisposizione pel cancro, creata da stati morbosi pregressi ». (Bertino). Di tali lesioni più strettamente precancerose, sarebbero tuttora sconosciuti i caratteri specifici, tuttora confusi nella grande massa delle metropatie. Oppure nel 5-6 % dei casi esisterà in vagina uno speciale ambiente batterico, che favorisce lo sviluppo del carcinoma, ambiente per ora ignoto ? o che solo nel 5-6 % dei casi esiste una speciale costituzione predisponente, che favorisce lo sviluppo del cancro, anche solo da una lesione comune ?

Sopra un altro punto ancora il nostro Ref. chiama l'attenzione: nello stesso modo che tra regione e regione, vi sono differenze notevoli, com' è saputo, di morbilità cancerosa in generale, così tra regione e regione, tra provincia e provincia, vi sono differenze notevoli di morbilità cancerose per i diversi organi, e quindi anche per la localizzazione uterina del cancro; in modo particolare questo emerge dagli scritti del Prof. Bertino che tenne la cattedra di Ostetr. e ginecol.

(*) Il Prof. Abba dimostrava nella sua pubblicazione dell' anno scorso già citata, che le cifre di mortalità per cancro, tanto in Torino, quanto in tutto il Regno, a distanza di 20 anni sono pressochè eguali.

a Sassari, Siena, Parma ed ora a Padova. Ma le due linee della distribuzione del cancro in generale, e del cancro secondo organi ed apparati, non sono sempre parallele. In Italia, secondo le pubblicazioni della Sanità Centrale (Lutrario), [8] la mortalità per cancro va degradando dalla Toscana, Emilia, regioni di mortalità massima, seguite a breve distanza dal Lazio, Lombardia, Piemonte fino alle cifre minori in Sicilia e specialmente in Sardegna, dove si ha il quoziente minimo di 3,14 su 10.000 abitanti, quoziente che in Sicilia è di 4,13, in Piemonte 7,18, in Toscana 10,2 sempre su 10.000 abitanti. Invece la morbilità per c. c. uterino, risulta dalle nostre indagini, superiore a Palermo, che a Milano, Alessandria, Siena, nella quale ultima città sarebbe eguale a quella di Sassari. (v. sopra opinione Prof. Vicarelli).

Inoltre dalle risposte specialmente dei medici della provincia risulta che non solo tra provincia e provincia come si è detto, ma anche tra circondario e circondario di una stessa provincia vi sono distacchi rilevanti sia nella morbilità del cancro in generale, sia nella frequenza di certe localizzazioni del cancro, p. es. nella Provincia di Torino, a Poirino, dove il collega Calissano esercita la professione da 40 anni, i tumori maligni sono molto scarsi; su una popolazione di 6.500 abitanti, non vide in 40 anni che una trentina di tumori maligni, tra cui 6 casi di c. c. A Pralormo, località limitrofa a Poirino, con 1724 abit. il Dr. Gallo, che vi esercita da 32 anni, non ha visto che 1 caso di c. c. sopra 16 casi di tumori maligni, in gran parte dello stomaco. Anche il Dr. Cravero, da 46 anni medico condotto a Piscina, con 1172 abit. non vide che un caso di c. c. su 19 tumori maligni visitati a Piscina e dintorni. (È vero che qualche malata di c. c. oriunda di questi paesi, si trova nei nostri registri, ma sono donne immigrate da anni dalla campagna in città). Invece il Dr. Rubiano, da 30 anni medico a None, poco distante da Piscina, con popolazione di 2397 abitanti in un trentennio vide ben 90 casi di tumori maligni, di cui 15 mammarii, 8 dell'utero; di queste 8 donne, tre erano donne casalinghe, mogli di ferrovieri, e due successivamente nello stesso alloggio; la percentuale maggiore è data dalle forme neoplastiche del tubo digerente, di cui alcune constatate lungo uno speciale decorso d'acqua. Il Dott. Forno di Pianezza, in 24 anni, con una popolazione di 2652 ab. ebbe 33 casi di tumori maligni, di cui 8 al collo uterino, casistica inferiore a quella di Torino, in cui la frequenza del cancro è un po' più dell'1 p. mille (Abba). Ma il Dr. Depetris a Susa, il Dr. Prat ad Oulx, il Dr. Turin a Luserna S. Giovanni ebbero casistiche di tumori maligni, tra cui tumori uterini, non precisate, ma in rapporto alle popolazioni, non inferiori alla media del Piemonte, 0,718 per mille; mentre il Dr. Giacomo Turina di S. Secondo di Pinerolo, dove esercita da 30 anni, non osservò che due casi di c. c. e scrive di aver sempre avuto uno scarsissimo materiale di tumori maligni.

Le località di montagna non presentano quanto ai tumori maligni dell'utero caratteristiche speciali; il Dr. Sincero che da 17 anni esercita a Courmajeur, con popolazione di 1200 abit. divisi in 4 borgate, abbastanza distanti l'una dall'altra, e che ha tenuto molto diligentemente la statistica dei tumori maligni, occorsi nella sua pratica, mi scrive che ebbe 23 casi di carcinoma, di cui 9 al collo uterino (39,1 %); 8 furono osservati in donne coniugate con prole, 1 in ragazza, non più vergine, convivente col padre, che morì di carcinoma della prostata.

Di fronte ai 9 casi di c. uterino, osservò solo tre casi di c. mammario e tre di c. dello stomaco, tutti e tre in uomini e nella stessa borgata. Ma un esempio quanto mai dimostrativo delle differenze tra località limitrofe, per una data localizzazione tumorale, è descritto dai Dottori Bonanno e Vecchia nel lavoro sopracitato, per il carcinoma gastrico nella prov. di Cuneo: a Fossano dal 1901-1925 per ogni 1000 abit. si ebbe annualmente un'aliquota di 0,29 per car. gastrico, a Mondovì 0,22, a Savigliano 0,20, a Cherasco 0,15 e si discende fino a 0,04 per Carrù, 0,01 Trinità: a Torino è 0,17. Ho fatto questa disgressione per dimostrare la grande utilità, anzi la necessità della collaborazione di tutti i medici pratici di città e campagna in questi studi. Le cartelle, testè distribuite dalla Sanità Centrale, esattamente compilate permetteranno di precisare la portata di queste divergenze per il cancro in generale e per certe sue localizzazioni, tra località limitrofe di una stessa provincia, di uno stesso circondario; di studiarne le cause, che devono essere locali, ambientali, cause che sono completamente ignote, perchè finora non furono oggette di studi speciali, e restarono sommerse nelle statistiche fatte a larga base, per vaste zone e per l'intiera nazione. Un importante esempio di tali studi venne recentemente pubblicato dalla stazione biologica di Cagliari: carenza di cloruro di magnesio alimentare e maggior frequenza di carcinomi, nota preventiva del Dr. Carlo Macchi (9).

Le conclusioni dunque del 2° quesito si possono così riassumere:

Il rapporto del carcin. cervic. uterino agli altri tumori maligni dei genitali femminili è vario nelle diverse città, specialmente in causa di fattori locali, che influiscono sulla diversa distribuzione delle malate, in ospedali e cliniche private; si può tuttavia approssimativamente calcolare che relativamente al c. c. i casi di carc. del corpo sono dal 5-10 %, i tumori maligni dell'ovaio dal 16-20 %, i tumori della vulva, vagina dal 3-4 %. Ma più interessante e più precisabile è il rapporto di tale carc. cervicale colla cifra globale delle affezioni ginecologiche, che in una media generale per l'Italia, si può calcolare dal 5-6 %, già da una trentina d'anni.

La distribuzione del c. c. uter., come quella di altre localizzazioni viscerali del cancro, e del cancro stesso in generale, varia non solo da regione a regione, da provincia a provincia, ma anche tra circondarii e comuni limitrofi di una stessa provincia.

Veniamo ora al 3° quesito:

Ha Ella notato una differenza nella frequenza del carcinoma cervicale nelle diverse classi sociali? ed esistendo questa differenza, crede che sia in rapporto alle diverse condizioni di assistenza al parto o alle diverse abitudini sociali? Darebbe Ella maggior importanza al fattore ereditario, famigliare o professionale?

Riguardo alle condizioni sociali, non pochi trattatisti parlano già della maggior frequenza del c. c. nelle disagiate. Dei nostri autori, nove lo affermano ed alcuni in modo molto reciso, come l'Aymerich di Perugia, il Vercesi di Sassari, il Ferrari ed il Perazzi di Alessandria, Bergesio e Soli di Torino; il Gaifami

ne vede la ragione essenzialmente nel numero minore di donne agiate e di donne agiate pluripare, relativamente alle donne delle classi popolari. Altri negano tale differenza come il Depetris di Susa, Lessona, Ottolenghi di Torino. Ma molto esplicito è il Bertino di Padova, che riconferma quanto già disse nel 1925, che pur non costituendo il cancro dell'utero un retaggio esclusivo delle donne appartenenti alle classi meno abbienti, tuttavia esso si verifica con una frequenza assai maggiore nelle donne del popolo e particolarmente nelle contadine: di 304 malate avute in cura, 16 soltanto appartenevano al ceto signorile, 33 erano di condizione agiata, tutte le altre, donne di casa, prevalentemente contadine, che avevano trascorsa una vita dura e faticosa, e spiega il fatto colla grande prolificità delle donne del popolo, colla trascuranza abituale dell'igiene intima e dei disturbi genitali etc., etc., (così pure si esprimono Aymerich ed altri) dando pure importanza all'insufficiente alimentazione ed alla precoce scenescenza.

Nella nostra casistica il gruppo delle 82 povere e disagiate comprende 46 casalinghe, in gran parte nate nelle campagne del Piemonte, immigrate in città, col marito operaio, o piccolo commerciante; 22 sono contadine, casalinghe di campagna e lavoratrici dei campi, 5 operaie, 3 donne di servizio, 1 impiegata. Dalla casistica del Lupo di Novara (Ospedale S. Giuliano), e provincia, dove però la percentuale delle operaie sulla popolazione è scarsa, sopra 79 donne affette da carcinoma uterino, di cui 68 del collo, 56 erano contadine; 12 agiate della provincie, 8 agiate della città, una levatrice, 2 operaie. Nessuna era di ceto veramente signorile: le così dette agiate erano donne padrone di botteghe e di rivendite ed affacendate in casa e negozio. La preponderanza di donne così dette casalinghe, in gran parte d'origine campagnola, è imponente. Di più è importante notare il gran numero di vedove: su 44 delle nostre storie, redatte con sufficiente diligenza, in cui è tenuto conto della stato famigliare, figurano 11 vedove, fatto che risulta pure nelle tabelle del Niceforo (*). Pur troppo le cause di morte dei congiunti non sono descritte con sufficiente esattezza, e sfugge l'eventuale rapporto colla malattia tumorale della moglie superstite: certo non è rara la morte per tubercolosi nei mariti di queste donne destinate al cancro uterino. Sono sempre donne, che hanno la vita dura: allevano i figli, attendono a tutte le faccende di casa; lavano, stirano, fanno cucina, occupate senza tregua, senza alcun pensiero della propria salute, finchè possono stare in piedi, e si comprende che i disagi aumentano ancora, se il marito si ammala e muore.

Ed anche nel gruppo delle pensionanti sono rarissime le donne veramente agiate: in massima parte sono madri di famiglia, con botteghe o negozi, a cui accudiscono, oppure commesse o impiegate, che devono pure occuparsi della casa; insomma nell'immensa maggioranza sono colpite da tale localizzazione del cancro, donne del popolo, specialmente contadine, e donne della piccola borghesia, che ebbero parti ed aborti, aborti soventi male eseguiti tecnicamente, trascurati nei

(*) Dalla tabella XVI, del lavoro già citato del Niceforo, sulla mortalità per tumori maligni dell'utero in Italia 1919-1921, esposta in cifre proporzionali a 100 000 donne di ogni Stato Civile, nubili, maritate, vedove, risulta che le vedove tengono il 1° posto, tanto relativamente alla cifra globale, che al numero delle donne dai 20 anni in su; il che si legge pure nella 1ª pubbl. della Lane-Claypon.

postumi (Vicarelli), donne che sono occupate dal mattino alla sera, ed in cui, specie per le contadine, manca ogni nozione dell' igiene intima.

Il fattore della nutrizione ha poca importanza: non è raro lo sviluppo del c. c. in donne, che godono di una soddisfacente nutrizione generale; dimagramento e cachessia vengono negli stadii ulteriori; ad ogni modo, se il carcinoma mammario colpisce donne di tutte le classi e forse più le agiate, che le non abbienti, ripeto, il c. c. va diventando molto più frequente in donne del popolo di città e di campagna, che hanno partorito od abortito, di vita molto laboriosa, senza riguardi all'igiene personale. Non ha alcuna importanza la professione, non il mancato allattamento della prole, come recenti pubblicazioni vorrebbero dimostrare (Centanni [10]). La sifilide è causa predisponente, secondo alcuni, anche per il cancro cervicale uter. Nella nostra casistica constatammo in 3 casi W. iperpositiva. Nella casistica del Lupo 15 donne su 79 erano sifilitiche. Un fattore di predisposizione ben accertato, sarebbe quello biologico, già dimostrato dal Gaifami [11] nel 1909, quando era assistente del Pestalozza, e ribadito ora dalla cattedra dell' Università di Bari. « È costituito dalle modificazioni che la gravidanza normalmente imprime alle sezioni inferiori della mucosa cervicale, specie all' orifizio uterino esterno, modificazioni che ne interessano i varii costituenti, dando, alla mucosa una fisionomia specifica, per l'edema, l'irrorazione sanguigna, l'infiltrazione parvicellulare, l'iperplasia ed ipertrofia delle fibrocellule muscolari, la presenza di cellule deciduali, le stratificazioni atipiche dell'epitelio pavimentoso cervicale, come processi d'ipertrofia ed iperplasia ghiandolare, tutte alterazioni che aumentano col progredire della gravidanza e si accentuano nelle pluripare; insomma in tale attitudine della gravidanza a determinare processi iperemici ed atipiche proliferazioni, il Gaifami ritiene esistere un nuovo elemento, che spiega quella predisposizione al c. c. che universalmente si riconosce creata dalle pregresse gravidanze ».

E non c' è forse autore, che non veda, nelle iperemie periodiche della regione cervicale uterina ad ogni ciclo mestruale, una causa di predisposizione locale a neoformazioni maligne: al quale concetto dell'iperemia la patologia sperimentale ha dato recentemente una base scientifica (Prof. Morpurgo [12] ed allievi) (*). Ma quando vedremo come sia esiguo il numero di carcinomi uterini in rapporto alla massa globale delle donne che hanno partorito, e non parliamo poi relativamente alle centinaia di migliaia di donne dai 15 anni in su, che hanno od ebbero goduto del regolare funzionamento degli organi genitali non potremo dare a questi elementi biologici, che il valore di una minima frazione nei fattori oncogenetici del c. c.

Invece il fattore ereditario ed il famigliare, e più questo di quello sono presi in considerazione da parecchi nostri collaboratori, tanto delle grandi città che delle piccole e di campagna; così non l' escludono Giordano di Venezia, Alfieri di Milano, Cova di Palermo, Levi, Lessona di Torino, Depetris di Susa,

(*) Nella riunione indetta dalla Sezione Lombarda della Lega italiana, per la lotta contro il cancro nel 23 Febbr. u. s. a Milano, il Prof. Tansini svolse appunto una relazione intitolata: La iperemia nella genesi del cancro, citando i casi della mammella e dell'utero; ma già nel 1929 il Midana, allievo del Prof. Morpurgo, dimostrava l'esuberante sviluppo dei tumori innestati, sotto l'influenza dell'iperemia attiva.

Prat di Oulx, Gallo di Pralormo, Rubiano di None, Calissano di Poirino, che su 30 casi ne vide 5 nella stessa famiglia. Ne parlano, ma valutandola di poco conto Spirito di Siena, Vercesi di Sassari, Bertino di Padova, Soli di Torino; le negano qualsiasi importanza Bergesio ed Ottolenghi. I professori Bolaffio (13) e Vicarelli (14) credono molto più importante come fattore di predisposizione la razza, il tipo.

Si deve però osservare che i fautori dell'ereditarietà si riferiscono al cancro in generale, e non a quello speciale del Referendum; gli esempi addotti di ereditarietà diretta omologa del c. c. sono pochi. Il Bertino cita 3 casi di madre e figlia morte per c. c., ed il caso di 2 sorelle morte dello stesso male; nella nostra casistica vi è un caso di c. c. in madre e figlia, ed uno di c. gastrico nella madre e c. c. nella figlia. In una mia osservazione recente, madre e figlia morirono di c. c. un'altra figlia ed un figlio di carcinoma gastrico: famiglia disagiata, tutta riunita in piccoli ambienti in un sobborgo di Torino.

Di particolare interesse è il fatto notato dal Sincero di una donna nullipara, morta giovane di c. c. convivente col padre, affetto da carcinoma della prostata. Questa osservazione del Sincero, di coabitazione di malati cancerosi, mi richiama alla memoria quanto ho visto io a proposito del cancro coniugale. Ne ho raccolto 15 casi ben documentati; di cui 6 sono di carcinoma del collo uterino nella moglie, mentre che dei 6 mariti, due premorti soffrivano di cancro della vescica, uno del ventricolo, uno del sigma, uno dell'esofago, uno del fegato. Ad ogni modo possiamo ripetere col Ferrari che il fattore ereditario è di poco conto nel carcinoma ginecologico. Una certa maggior importanza spetta, credo, al fattore famigliare ed alla coabitazione.

Come nemmeno è di gran peso la questione della razza, che appunto in rapporto col c. c. è stata oggetto di speciale osservazione da parte del Bolaffio; voglio dire della grande rarità del c. c. nelle donne ebree; su 360 casi curati dal Bolaffio nella Clinica di Roma, dove la comunità israelita è di parecchie migliaia di anime, ne vide un solo caso. Il Prof. Bertolotti a questo riguardo mi scrive: tra parecchie centinaia di carcinoma uterini trattati nell'Istituto da me diretto dal 1914 ad oggi, non vidi che tre o quattro esempi di cancro dell'utero in donne israelite, rarità che supera certamente il rapporto tra la densità della popolazione globale di Torino e provincia e quello della comunità ebraica 1 %. E tale rarità del c. c. nelle israelite, contrasta colla relativa frequenza di altri neoplasmi incidenti in famiglie ebree; p. es. ho visto molti casi di miomi, cistomi, sarcomi dell'ovaio, ed in modo particolarmente frequente cisti ossee, eucondromi, esotori multiple, legati decisamente a condizioni famigliari od ereditarie.

Il fatto notato pure in altri paesi, fu oggetto di una relazione al Congresso internazionale del cancro tenuto a Londra nel luglio 1918; tale relazione era appunto intitolata: Il cancro tra gli ebrei, e venne svolta dal Sourasky di Londra (15); le conclusioni furono che mentre la morbilità generale per cancro tra gli ebrei nelle grandi capitali d' europa (Londra, Amsterdam, Berlino, Vienna, Varsavia, Leningrado) segue precisamente la morbilità per cancro della popolazione globale, il cancro dell'utero è relativamente raro nelle ebree, ma non per ragioni costituzionali, bensì perchè l'osservanza religiosa dei frequenti bagni rituali, generali e locali, ostacola la comparsa e lo sviluppo dei processi infiammatorii locali, insomma per ragioni di carattere locale, non generale.

Volendo tirare le conclusioni sopra questo 3° quesito diremo:

Il carcinoma cervicale uterino è certamente più frequente nelle donne povere e disagiate, ed in modo particolare in donne di campagna, immigrate nelle città. Non ha importanza la nutrizione generale, non la professione e nemmeno la razza; merita una certa considerazione, quale predisponente, il fattore dell'ereditarietà, ma più ne merita il fattore famigliare e della coabitazione.

A questo punto dovrei trattare dell'assistenza al parto nei suoi eventuali rapporti collo sviluppo del carcinoma del collo uterino nelle diverse classi sociali, ma questo argomento si collega talmente coll'ultimo quesito sulla profilassi, che per non ripetermi, affronto subito l'ultima domanda del Ref., ma non prima di aver risolto, o cercato di risolvere un problema, che per la sua importanza sociale, domina tutto il complesso delle questioni sollevate col nostro Referendum. Abbiamo visto che dappertutto il numero delle donne affette da car. cervic. uterino è in grandissima parte costituito da donne che hanno partorito od abortito. Non curiamoci pel momento di queste ultime, e domandiamoci qual è il peso che può avere il parto sullo sviluppo più o meno lontano di un c. c., in rapporto alla generalità delle donne, che ebbero figli: in altre parole qual'è la deprecata probabilità per una donna che ebbe figli, di cadere malata di c. c. uterino?

Non credo che finora si sia risposto in modo diretto a tale domanda. In un articolo del Lutrario già Direttore generale della Sanità pubb. in Italia (16) pubblicato dalla Sezione d'Igiene della Società delle Nazioni, Commissione del Cancro, Giugno 1926, si legge che i tassi di mortalità per cancro dell'utero oscillano dal 4-5 per 10.000 donne a Torino, Brescia, Venezia, Ravenna, cifra che per Torino ritengo superiore al vero, (*) almeno negli ultimi anni.

Queste cifre di 4-5 su 10.000 cioè 0,4-0,5 per mille non corrispondono ai dati pubblicati recentemente dall'Abba sul Cancro in Torino; la mortalità globale per cancro in Torino, nel triennio 1904-06 fu dell'1,019 per mille, e nel triennio 1925-27 fu dell'1,051 per mille; e dalle tabelle pubblicate per questo ultimo triennio 1925-27, la media annuale di mortalità pei tumori utero, vagina, ovaio è di 100 per 270.000 donne domiciliate in Torino in tali anni, cioè 3,7 per 10.000. Ora di questi 100 tumori maligni dei genitali femminili possiamo calcolare che il 20 % spetta ai tumori ovarici, il 10 % ai tumori del corpo dell'utero, il 5 % ad altre sedi tumorali dei genitali. Sarebbero quindi 65 donne che muoiono annualmente in Torino per carcin. del collo uterino su 270.000 il che corrisponde al rapporto di 2,40 per 10.000; ma di queste 65 donne, almeno 20 non erano domiciliate in Torino, ma vennero dal di fuori a morire negli Ospedali e cliniche della Città. Più esattamente per la statistica sarebbero 45 casi di morte ogni anno per c. c. su 270.000 donne residenti in Torino, cioè l'1,6 per 10.000. Di più

(*) Dalla tabella XVI del lavoro del Prof. Niceforo già citato, tabella che riguarda la mortalità per tum. mal. dell'utero in Italia 1919-1921, risulta che su 10.000 donne di ogni età ne muoiono 1,47 all'anno per t. m. dell'ut. e che su 10.000 donne da 20 anni e più, di qualsiasi stato civile ne muoiono 2,53. In tali aliquote influisce la bassa mortalità per cancro dell'Italia meridionale ed insulare.

in rapporto al c. c., di queste 270.000 dobbiamo considerare solo quelle tra 16 e 65 anni, che in Torino sarebbero 765 per 1.000 (Coletti), cioè 206.550; quindi rapporto 2,10 per 10.000 (statistiche estere, che danno il rapporto dei tumori m. genitali nella donna per 10.000 di viventi, conchiudono per l'Inghilterra - rapporto 2,403 su 10.000 - S. U. America 2,34 - Giappone 2,09. (È stupefacente l'identità delle cifre).

Ora domandiamoci quante di queste 206.550 donne hanno avuto figli, quante hanno avuto aborti? In Torino vi è una media di 6.695 nati ogni anno tra nati vivi e nati morti; vi sono 3.995 matrimoni legali annualmente (statistica demografica sanit. di Torino dell'Abba: Aprile 1928-VI) ed in aggiunta, migliaia di nubili coniugate illegalmente e quante migliaia di aborti spontanei o provocati?

Togliendo ancora dal 45 %, il 10 % che colpisce donne coniugate nullipare, o nubili intatte, resta il triste fardello di 40 casi di morte per c. c. che ogni anno fatalmente va diviso tra migliaia e migliaia di donne che hanno partorito od abortito, ma in un rapporto che certamente è inferiore all' 1 per 1.000. (Il Niceforo mi scrive che rapporti tra la morte per t. m. utero e le donne che hanno avuto parti, non ci sono nelle statistiche demografiche delle cause di morte e nemmeno se ne fa cenno nelle pubblicazioni della Lane-Claypon. Ma sarà di gran pregio una ricerca di tali rapporti, quale si potrà facilmente fare dalle schede, così complete ed analitiche, messe recentemente a disposizione dei medici dalla Sanità Centrale).

Dunque se il c. c. è un prodotto della vita coniugale, se non vi è dubbio alcuno nell'affermare che parti ed aborti hanno un certo peso sulla genesi del c. c. uter., pure vi è un rapporto così esiguo tra il numero annuale di tali tumori ed il numero globale di donne che ebbero parti ed aborti, che si può escludere in modo assoluto un rapporto diretto da causa ad effetto; tutt' al più parti ed aborti agiscono come concause di favoreggiamento in donne predisposte.

Ora, come avviene questo favoreggiamento e come si potrebbe impedire?

Ed eccoci al 4° quesito del Referendum:

Stabilita la stragrande frequenza del c. c. in donne che hanno partorito, non Le pare si possa dedurne qualche regola importante di profilassi?

Qual'è l'importanza dell'assistenza al parto, secondo le diverse classi sociali? Bisogna modificare in qualche punto quest'assistenza nelle classi popolari, cittadine e rurali?

Siamo tutti d'accordo sulla necessità di un'assistenza fatta secondo i dettami della scienza ostetrica, insegnati in tutte le Università, in tutte le scuole delle levatrici, ed ha perfettamente ragione il Bergesio, quando scrive che l'assistenza al parto, colle sue conseguenze, ha un'importanza di prim'ordine nell'eziologia del cancro uterino. Ma nelle grandi città le donne del popolo da molti anni partoriscono negli Istituti specializzati, diretti da personalità di grande valore, eppure

la situazione in generale non è migliorata. Di più abbiamo visto che la percentuale del c. c. relativamente alle affezioni ginecologiche prese in blocco, astraendo da Roma, in cui qualche anno fa era del 15,20 %, si può calcolare in media dal 5-6 % come era 25 anni fa. Malgrado il miglioramento che indubbiamente è venuto in Italia nell' ultimo ventennio per l' assistenza al parto, e per le cure ginecologiche, la situazione pel c. uterino, specialmente nelle classi popolari, non è cambiata, nè per numero, nè per qualità al momento della presentazione ai siti di cura, se non è in certe zone peggiorata.

Un collega delle campagne si scaglia contro le levatrici, che, nella sua condotta avrebbero il monopolio delle partorienti; ma in moltissimi paesi rurali il medico non è chiamato se non per parti difficili; l'assistenza al parto è data da levatrici o da comari; l'igiene intima della donna è zero dappertutto nelle campagne, eppure, come dissi sopra, in molte regioni la localizzazione uterina del cancro partecipa alla diminuzione globale dei casi di cancro, e certe volte anche in misura maggiore.

No, non è in questo o quel tipo di assistenza al parto, che si può oggi parlare di profilassi del c. c. dice il Gaifami e con lui i Professori Spirito, Decio, Cova, e così pure qualche pratico riputato, come il Lessona e l' Ottolenghi, e neppure nelle cure delle affezioni ginecologiche, prese in senso generale; il Prof. Bertino non esita a dire che per sua esperienza vide il c. c. svilupparsi in donne medicate per lungo tempo di infiammazioni croniche del corpo e del collo uterino, e le 22 cancerose nullipare del Bergesio tutte erano state più o meno lungamente in cura per cervicite, quasi sempre blenorragica.

Alcuni dei nostri collaboratori sentono l'incertezza del problema con una specie di ansietà, e, per es., il Ferrari d'Alessandria, propone di nominare una commissione composta di ginecologi di provata competenza, perchè detti norme legislative e chiare per la cura delle lesioni del collo. Ma questo è già stato fatto: a Torino, fin dalla fine del secolo scorso, il Prof. Tibone, il Prof. Bergesio in lezioni, in congressi, pubblicazioni sostenevano che lacerazioni del collo, esulcerazioni ed ectropion della mucosa cervicale uterina, sono il punto di partenza delle lesioni maligne e le linee direttive per la lotta contro il c. dell'utero furono già date anche in Italia ripetutamente. Nel 1908 al Congresso della Soc. Italiana di Ostetricia e ginecologia, argomento di relazione fu la lotta contro il cancro dell'utero, trattato magistralmente dal Prof. Pestalozza; egli conchiudeva con queste precise parole, che quasi letteralmente sono ripetute ora da tutti i nostri corrispondenti: « Per il momento, la profilassi deve rimanere nel campo della cura delle affezioni così dette precancerose, tra le quali per l'utero sembrano avere la massima importanza quelle erosioni e quelle lacerazioni, che importando al loro livello modificazioni nell'epitelio con tendenza a facili metaplasie, sembrano creare un ambiente adatto allo sviluppo del cancro ». In fine della seduta il Mangiagalli proponeva che la Società si facesse banditrice di un' istruzione chiara e precisa per i medici e le levatrici, come si faceva specialmente in America. Tutto questo avveniva già nel 1908. Nel 1925 i Senatori Pestalozza e Santini riaprivano la lotta contro il cancro della mammella e dell'utero, con una circolare mandata a tutte le Scuole Ostetriche-ginecologiche d' Italia, ed il nostro Prof. Vicarelli nelle sedute del marzo 1925 della Soc. Piemontese di Ostetricia e ginecologia procla-

mava che da 50 anni la Scuola Ostetrica Torinese va inculcando la necessità del raschiamento dell' utero, quale abituale trattamento dell' aborto e dell' endometrite, la necessità della sutura immediata e della plastica nelle lacerazioni dei genitali, insistendo inoltre tra medici, studenti, levatrici sulla necessità della diagnosi precoce istologica del cancro uterino.

E non m' inganno dicendo che tutti i medici di città e campagna conoscono queste cose, e che non sfuggono ormai nemmeno alle levatrici. Ma è la donna stessa, in modo particolare la donna del popolo, sia di città che di campagna, che o per inveterato quanto illogico pudore, o per ignoranza, o per le diuturne impellenti necessità della vita si sottrae per troppo lungo tempo all' indagine del medico. Specialmente, dai 45-55 anni, che è l' età più colpita, qualunque disturbo della sfera sessuale della donna, è sempre per lungo tempo imputato alle irregolarità di un' ipotetica menopausa, tanto più quando, come spesso succede, si mantengono ancora buone le condizioni generali. Da qualcuno dei nostri Autori (Prof. Giordano, Ottolenghi) ho raccolto degli episodii singolari di c. c. già avanzato, in cui la diagnosi venne fatta per caso, trovandosi le ammalate per ragioni incidentali in ambulatorio ginecologico.

Riassumendo le risposte, che riguardano questo 4° quesito sulla profilassi del c. c., facendo astrazione da alcuni, che ritengono impossibile un progresso tangibile, finchè regna l'oscurità sulla eziologia del cancro, tutti, Professori, Docenti, Liberi professionisti, lamentando la grande difficoltà d'imbattersi in casi iniziali, insistono sulla necessità delle cure ginecologiche nei processi infiammatori e settici della sfera genitale, nelle lesioni secondarie a complicazione del parto, precisamente come da decenni dissero e tuttora dicono i grandi maestri.

Ritengo che tutte le difficoltà per un ulteriore progresso si possono e si debbono vincere organizzando praticamente l'assistenza postpuerperale della donna povera e disagiata; e si cominci dal fissare bene un punto: Dalla nostra e da parecchie delle casistiche, inviateci, abbiamo visto quanto siano frequenti nell'anamnesi di tali donne, i parti difficili, irregolari, nonchè aborti spontanei e provocati, il che del resto corrisponde a quanto si legge in pubblicazioni moderne dell'estero su questo argomento. Non le gravidanze ripetute entrano in causa, poichè quante di queste donne non ebbero che 1-2 parti! Molta maggior importanza hanno le anomalie del parto, le difficoltà che ne prolungano il travaglio e lo rendono più traumatizzante, le complicazioni, che lo seguono, come pure grande importanza hanno aborti, parti provocati, etc., specialmente quando, come si disse sopra, sono nelle mani d' incompetenti, e trascurati nei postumi.

Quanto alle lacerazioni del collo, così frequenti in parti difficili o mal assistiti, ed al loro legame col cancro cervicale, tutti i nostri referendisti, specie i più autorevoli insistono sulla frequenza dello sviluppo blastomatoso dal tessuto cicatriziale, o dall'ectropion, residui di un'antica lacerazione, ed il Bolaffio scrive a prova di questo, che spesso il c. c. comincia dalla lacerazione del collo, che è tre volte su quattro a sinistra, onde la maggior e più precoce diffusione al parametrio sinistro, ed in una precedente riunione (18) ho esposto quanto ci scrisse il Prof. Spirito, che la plastica del collo, fatta a correzione di antiche lacerazioni, esclude lo sviluppo del carcinoma cervicale, come già in principio del secolo asserivano il Bossi, il Resinelli, etc.

Ora, anche lontani dall' esagerazione di chi ha proclamato « Le cancer maladie de la cicatrice » dobbiamo ammettere che la concezione del Prof. Spirito merita tutta l'attenzione nella profilassi del c. c.

Di più una importanza molto maggiore di quella ritenuta finora, può darsi abbia la ricca flora batterica, che specialmente in casi di traumi della portio, popola la vagina, flora che aggrava terribilmente l'evoluzione del c. c. se pure non ha un' azione diretta nella sua eziologia, quindi la necessità di un' igiene sessuale, completamente trascurata od ignorata nelle classi popolari. Si veda su questo punto quanto esposi nella I Riunione del 1930 (19) a proposito del contrasto descritto dal Prof. Bolaffio tra prolasso uterino e c. c. e dell'importanza attribuita dal D' Erchia per la genesi del c. c. al ristagno anche di prodotti fisiologici in vagina.

La profilassi del c. c. va fondata sull'assistenza postpuerperale, sull'educazione igienica sessuale della donna, e specialmente di donne che abbiano avuto aborti e parti difficili e complicati. Tali casi, quando appartengono a sodalizii, sindacati, congregazioni, devono essere periodicamente visitati dal relativo personale sanitario, ed indirizzati agli Istituti ginecologici, e da questi, al primo sospetto di tumore, ai Centri anticancerosi, colla garanzia del trattamento assolutamente gratuito in ogni caso ed in ogni dove.

Conchiudendo sul 4° ed ultimo quesito: Se la diagnosi istologica precoce è l'arma con cui si lotta contro il cancro, già in via di sviluppo, la profilassi veramente efficace del cancro del collo uterino deve farsi organizzando tra Autorità, Istituti ginecologici e Centri anticancerosi l'assistenza ginecologica postpuerperale gratuita della donna del popolo, e specialmente delle donne, che ebbero parti difficili ed irregolari; e di più intensificando la lotta contro l'aborto.

Per una tale umanitaria impresa, S. E. il Prefetto mi assicurava calorosamente di tutto il suo appoggio; quanto ai Podestà, mi basti accennare che quando i Dottori Bonanno e Vecchia per il loro studio sul cancro in Piemonte, si rivolsero con una circolare ai 783 Podestà del Piemonte, ne ebbero 735 risposte. Tutte le Autorità, dall' alto al basso, interpretando il pensiero del Duce, sono sempre pronte a prestare la loro intelligenza ed il loro braccio, quando si tratta della salute del popolo.

Siamo noi, medici, che dobbiamo organizzarci e disciplinarci allo scopo. Si dice da alcuno che sarà sempre destino che delle infelici predisposte muoiano di cancro dell'utero; ma scienza e disciplina, disciplina e scienza vinceranno il destino.

RIASSUNTO

Dal Referendum indetto in Italia dal Preside del Centro per lo studio e cura dei tumori nell'Ospedale S. Giovanni di Torino, si può conchiudere:

1° - L'aborto specialmente in certe classi sociali prende nettamente posto accanto al parto nella storia anamnestica delle donne affette da carcinoma del collo uterino; ed il 90 % delle donne affette da c. c. uter. hanno avuto parti od aborti. La media dell'età di queste malate tende ad abbassarsi.

2° - Il rapporto del c. c. uter. cogli altri tum. mal. dei genitali femm. è vario nelle diverse città, per cause locali, che influiscono sulla diversa distribuzione delle malate. Si può tuttavia calcolare che relativamente al c. c. uter., i casi di c. del corpo sono 5 - 10 %, i tum. mal. ovaio 16 - 20 %, di vulva e vagina 3 - 4 %. Più importante e più preciso è il rapporto di tale c. c. uter. colla cifra globale delle affezioni ginecologiche, che per l'Italia si può in generale calcolare dal 5 - 6 %, rapporto fisso da quasi trent'anni.

3° - La frequenza del c. c. uter. come quella di altri carcin. viscerali, e del cancro in generale, varia non solo da regione a regione, da provincia a provincia, ma anche tra circondarii e comuni limitrofi di una stessa provincia.

4° - Il c. c. uter. è certamente più frequente nelle donne povere, disagiate, ed in modo particolare in donne di campagna, immigrate nelle città. Non ha importanza lo stato di nutrizione generale, non la professione e nemmeno la razza. Merita una certa considerazione, quale predisponente, il fattore ereditario; ma più ne merita il fattore famigliare, e specialmente della coabitazione.

5° - Il rapporto tra c. c. uter. ed il numero globale delle donne, che hanno partorito od abortito, è talmente esiguo (inferiore all' 1 ‰), che parti ed aborti non si possono interpretare che quali concause di favoreggiamento per lo sviluppo del tumore, e specialmente quando nel parto e puerperio, o nell' aborto, la regione cervicale uter. ha subìto lacerazioni, escoriazioni, processi infiammatorii o settici, che per lo più non ebbero poi le cure necessarie.

6° - È necessario per la profilassi del c. c. uter. organizzare tra Autorità, Istituti ginecologici e Centri anticancerosi l'assistenza ginecologica postpuerperale gratuita delle donne del popolo, specialmente delle donne che ebbero parti difficili ed irregolari; e di più è necessario intensificare la lotta contro l' aborto.

B. PESCAROLO.

Pronte disposizioni dell' Autorità Prefettizia

in rapporto alle conclusioni del Referendum

Ottenuta l'adesione a questi concetti di profilassi sociale contro il carc. cervic. uter. da parte del Prof. Vicarelli, Dirett. Istit. Ostetr. Ginec. R. Univ.; del Prof. Bergesio, Dirett. Osped. Maria Vittoria; del Medico Provinc. Dott. Sacchi; dell' Uff. Sanit. Dott. Testera, presentai i risultati del Referendum a S. E. il Prefetto di Torino, Gr. Uff. Dott. Maggioni, il quale con ammirabile interessamento per la salute del popolo e con rapidità di esecuzione di vero stile fascista, diede ordine per la pubblicazione nel prossimo « Bollettino della Prefettura », della seguente Circolare da Lui firmata.

LOTTA CONTRO IL CANCRO

Circolare 2 Aprile 1930 - A. VIII - N. 15375 - Divisione Sanità

Ai Sigg. Podestà e Commissari Prefettizi
della Provincia di TORINO

« Da accurate indagini, eseguite dal Presidente del Centro per la diagnosi e terapia dei tumori dell' Ospedale di S. Giovanni, risulta che non infrequentemente si sviluppa il carcinoma del collo uterino, in donne che ebbero parti irregolari o complicati, e che per le assillanti diuturne esigenze della vita o per ignoranza, sfuggono alle cure ginecologiche successive, tanto necessarie. Lo stesso si dica per donne che abbiano avuti aborti, spontanei o provocati, soventi seguiti da postumi, che vengono trascurati.

« Tali condizioni si riscontrano per lo più in donne delle classi popolari, di città e di campagna, coll' aggravante che in caso di sviluppo di un tumore uterino, le malate si presentano ai Centri di cura quasi sempre in uno stato di male tanto avanzato da non potersi più ottenere una guarigione radicale, duratura; mentre che ormai è acquisito alla scienza ed alla pratica che le prime manifestazioni di un carcinoma sono facilmente curabili coi mezzi chirurgici o radiologici e sono suscettibili di sicura guarigione.

« È quindi necessario organizzare per tali donne un'assistenza ginecologica post-puerperale, facilmente accessibile, pratica, gratuita, in modo da poter curare a fondo ogni affezione ginecologica post-puerperale o post-aborto, e, poter scoprire e curare le primissime manifestazioni di eventuali tumori.

« Tale organizzazione è resa assai facile da quanto è già previsto dalla Legge.

« Il R. Decreto 6 Dicembre 1928, N. 3318, infatti fa obbligo alle Levatrici di annotare i parti e gli aborti in appositi distinti moduli forniti dal Municipio; detti moduli contengono un questionario semplice, ma completo, indicato dalle singole colonne di ciascuno dei moduli stessi.

« I moduli poi, quando sieno completati, vengono esaminati e controllati dall'Ufficiale Sanitario, per gli opportuni rilievi.

« Sarà dunque necessario che le Levatrici sieno invitate a redigere sempre con la massima esattezza le indicazioni richieste nei moduli anzidetti, descrivendo nelle apposite colonne quale sia stata la durata del travaglio di parto, se e quali furono le manovre ostetriche richieste dal caso, se vi furono escoriazioni o lacerazioni, se seguirono processi settici od infiammatori, ecc.

« L'Ufficiale Sanitario, a sua volta, dall'esame dei registri, potrà facilmente rilevare i casi che devono essere tenuti in particolare osservazione ed allestire un casellario o registro di quelle donne, per le quali sia riconosciuta la necessità della sorveglianza periodica dell'apparato genitale.

« Tali donne saranno perciò periodicamente, e più o meno frequentemente secondo i casi, invitate a presentarsi all'Ambulatorio Ginecologico annesso alla Clinica Ostetrica Ginecologica od a quella dell'Ospedale Maria Vittoria o ad altri Ambulatori Ginecologici autorizzati dove riceveranno, *in modo del tutto gratuito,* le cure necessarie, e donde potranno poi essere inviate al Centro per lo studio e cura dei Tumori, presso l'Ospedale S. Giovanni, appena se ne riscontrasse l'opportunità, il bisogno.

« Con tale organizzazione di assistenza ginecologica post-puerperale alle donne e particolarmente a quelle delle classi meno abbienti, sarà portato importante contributo alla lotta contro il cancro uterino, sia curando più rapidamente ed efficacemente le malattie uterine predisponenti al cancro, sia diagnosticando il male al suo inizio quando è ancora perfettamente curabile e guaribile.

« Le SS. LL. pertanto dovranno dare comunicazione scritta della presente Circolare all'Ufficiale Sanitario ed alle Levatrici Comunali, invitandoli a collaborare in pieno accordo fra loro, utilizzando l'opera del Centro Anticancrenoso per la lotta contro una malattia così dolorosa per le malate e gravosa per le famiglie.

« Gradirò assicurazione di adempimento con la indicazione dei provvedimenti che saranno stati adottati per l'organizzazione del servizio, e successivamente notizie statistiche sulle donne assistite secondo le norme date ».

Il Prefetto
MAGGIONI

BIBLIOGRAFIA

(1) JANET E. LANE-CLAYPON, M. D. Cancer of the Uterus; A Statistical inquiry into the results of treatment etc., Ministry of. Health, London, may 1927.

J. E. LANE-CLAYPON and W. Mck. H. McCullagh. D. S. O., London, december 1927.

(2) PESCAROLO, 30 mesi di ambulatorio al Centro tumori dell' Ospedale di S. Giovanni in Torino. *Minerva Medica,* 1928, 35.

(3) UFFREDUZZI, La diagnosi precoce del cancro dell'utero, della tuba, dell'ovaio. *Minerva Medica,* 1925, 35 *bis.*

(4) CAFFARATTI, Statistica dei casi di neoplasma maligno ricoverati nell' Ospedale di S. Giovanni in Torino dal 1911-1922. *Minerva Medica,* 1923, 22.

(5) Dottori BONANNO e VECCHIA, Studio ambientale, statistico, clinico del cancro in Piemonte (1901-1925). *Minerva Medica,* 1929, 33.

(6) ABBA, Statistica del cancro in Italia e in Torino. *Minerva Medica,* 1929, 31.

(7) NICEFORO, La statistica sanitaria demografica del cancro in Italia. I Convegno Nazionale della Lega Italiana per la Lotta contro il Cancro, Milano, ottobre 1927.

(8) LUTRARIO, Direzione Generale della Sanità Pubblica. Relazione sul Cancro, Roma, luglio 1923.

(9) MACCHI, Stazione Biologica di Cagliari. Una notevole correlazione statistica: Carenza di Cloruro di Magnesio alimentare e maggior frequenza dei carcinomi. *Riforma Medica,* 1930, 2.

(10) PAULO CENTANNI, Stato attuale della questione sull'influenza delle ghiandole genitali sopra il tumore, con contributo sperimentale. *Minerva Medica,* 1930, 1, 2.

(11) P. GAIFAMI, Il comportamento istologico in gravidanza della mucosa della portio. Estratto degli *Annali di Ostet. e Ginecol.,* 1910.

Osservazioni istologiche sul cancro primitivo dell'utero e qualche nota clinica su di esso. Estratto da *Folia Gynaecologica,* vol. III, fasc. I, 1910.

Sulla predisposizione delle pluripare al cancro del collo dell' utero. Nota scritta in risposta parziale al questionario del Referendum. *La Clinica Ostetrica,* 18 maggio 1929.

(12) B. MORPURGO, I Riunione del 1930 fra Medici, Chirurghi, Radiologi del Piemonte per lo studio e cura del cancro.

MIDANA, Influenza dell' iperemia attiva sui tumori da innesto. *Archivio scienze mediche,* ottobre 1929.

(13) BOLAFFIO, Morbilità ginecologica in Provincia di Cagliari. Estratto dagli *Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia,* vol. XXVI, Congresso di Roma, dicembre 1927.

(14) VICARELLI, *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* Milano, maggio 1925.

(15) SOURASKY, International Conference on Cancer. *The Lancet,* july 28, 1928, p. 191.

(16) LUTRARIO, L'Enquête Nosocomiale et Démographique sur le Cancer. Société des Nations. Organisation d' Hygiéne. Comité du Cancer, vol. II, 1926.

(17) COLETTI, Nuovi dati sulle grandi città. (Dai Censimenti demografici).

(18) PESCAROLO, Sopra qualche punto di speciale interesse clinico, emerso dal Referendum sul cancro del collo uterino, pubblicato recentemente dal Centro tumori. *Minerva Medica,* 1930, 4.

(19) PESCAROLO, id. id. id.